



Mairie de  
Savignac de l'Isle

Mairie – 17 le Bourg 33910 Savignac de l'Isle  
Tél/Fax : 05.57.84.25.90 – Mél : [mairie-de-savignac@wanadoo.fr](mailto:mairie-de-savignac@wanadoo.fr)  
Secrétariat ouvert : lundi, mardi, jeudi et vendredi – De 14h00 à 17h30

## INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS PERISCOLAIRES

### Cantine – Garderie – Transport - NAP

A remettre à la mairie de SAVIGNAC DE L'ISLE avant le VENDREDI 15 JUILLET 2016

### INSCRIPTION 2016-2017

Nom et Prénom de l'enfant : ..... Sexe : M  F

Date de naissance : .....

Classe : CE1  CE2  CM1  CM2

#### Responsable légal(e)

Père (Nom, Prénom) : .....

Adresse : .....

.....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : ..... Courriel : .....

Profession : .....

Adresse de l'employeur : .....

Mère (Nom, Prénom) : .....

Adresse : .....

.....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : ..... Courriel : .....

Profession : .....

Adresse de l'employeur : .....

**Si divorce ou séparation, la copie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant et justifiant du domicile principal de l'enfant.**

**Garderie** : de 07h30 à 09h00 – de 16h30 à 18h30     oui     non     occasionnellement

**Cantine** : de 12h00 à 13h20     oui     non     occasionnellement

**NAP** : de 15h00 à 16h30     oui     non

**Bus** :     oui     non

**Cocher les jours concernés :**

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
<b>Garderie</b>	Matin					
	Soir					
<b>Cantine</b>						
<b>Bus</b>						
<b>NAP</b>						



**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

Personnes à contacter et numéros de téléphone (en cas d'urgence), autres que les parents :

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

Nom Prénom Qualité : ..... ☎ .....

**Nom, adresse et téléphone du médecin :** .....

**Assurance scolaire (Nom et n°) :** .....  
**(Merci de nous fournir une copie de l'attestation d'assurance)**

**Régime :**

**N° allocataire :**

Allocataire CAF (régime général)

Régime spécial (MSA ou Autre)

Sans régime

Nom et prénom de l'allocataire : .....

**Autorisations parentales**

Soins médicaux :

**Remarques particulières (santé, allergies, autres...)**

PROTOCOLE D'ACCORD INDIVIDUALISÉ (P.A.I.) mis en place en cas d'affection chronique ou de régime alimentaire nécessitant l'éviction de un ou plusieurs types d'aliments.

REPAS REGIME :  (sous réserve de l'accord du médecin scolaire pour le PAI)

.....  
.....

J'autorise à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence, selon les prescriptions du corps médical consulté.

Ou

J'autorise le personnel du restaurant scolaire ou de la garderie périscolaire ou les intervenantes à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

L'inscription au restaurant scolaire et/ou à la garderie périscolaire vaut acceptation du règlement intérieur.

Photos et vidéos :

J'autorise

Je n'autorise pas

la mairie de Savignac de l'Isle à publier et utiliser tous supports multimédia sur lesquels figurent mon enfant qui seraient pris dans le cadre des activités périscolaires.

**Tout changement (adresse, école, situation familiale, téléphone) doit être signalé au plus tôt auprès de la mairie.**

Je soussigné(e) ..... responsable légal(e) de l'enfant, certifie exacts les renseignements portés sur la présente fiche, accepte le règlement ci-joint.

A ..... Le ..... SIGNATURE :